

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院 中醫針灸標準作業程序

修訂日期 2016 年 07 月 12 日

壹、針灸注意事項及針灸穴位注意事項

一、針法時需注意下列事項

- (一) 壞死組織的區域。
- (二) 治療法定傳染病。
- (三) 有死亡危險者或懷孕者。
- (四) 病患有發高燒、血尿、骨折、脫臼等症狀。
- (五) 《靈樞·五禁篇》五奪包括：1. 形肉已奪、2. 大奪血之後、3. 大汗出之後、4. 大泄之後、5. 新產及大血之後（正氣大損，針法易令病患更虛衰）。
- (六) 《靈樞·五禁篇》五逆包括：1. 熱病脈靜，汗已出，脈盛躁。2. 病泄脈洪大。3. 著痺不移，腠肉破，身熱，脈偏絕。4. 淫而奪形，身熱，色天然白，及後下血衄，血衄篤重。5. 寒熱奪形，脈堅搏。（病症和脈象相逆，病情嚴重，切宜慎重）

二、灸法時需注意下列事項

- (一) 重要臟器及大血管所在。
- (二) 頭面部、四肢末梢部，以及筋肉結聚處，皮膚淺薄處。
- (三) 延髓部、心臟部、眼球附近、睪丸部。
- (四) 婦女妊娠之腹部諸穴。
- (五) 凡一切陰虛火旺之體質與病症。（如陰虛癆瘵、咯血、吐血、心悸怔忡、肝陽頭痛、口乾舌燥等證。）
- (六) 凡一切陽症。（如身發高熱、神昏譫語、汗已後血壓高及中風實證，陽明胃實、脈象洪大弦數等症。）
- (七) 法定傳染病。
- (八) 瘡毒已經化膿者。
- (九) 身心疲極，酒醉大飽後。
- (十) 急性濕疹。

（以上各項於擬定針灸處方時，請審慎評估其可行性）

三、對暫時性的疲累、饑飽、情緒激動、氣血不定等情況，刺灸前後必須避免，一般在刺灸之前須稍加休息。

四、對表熱症，宜疾出針。對裏病和寒症，一般均須留針。

五、針灸穴位注意事項

屬 經	針法應審慎評估之穴位	灸法應審慎評估之穴位
手太陰肺經	雲門	天府、少商、魚際、經渠

手陽明大腸經		禾膠、迎香
足陽明胃經	承泣、氣衝、衝陽、缺盆、乳中	頭維、下關、人迎、乳中、條口、犢鼻、陰市、伏兔、髀關
足太陰脾經	箕門	周榮、腹哀、隱白、漏谷、陰陵泉
手少陰心經	青靈	無
手太陽小腸經	無	顴膠、肩貞
足太陽膀胱經	玉枕、絡卻	天柱、承光、攢竹、睛明、申脈、委中、殷門、承扶、白環俞、心俞
足少陰腎經	橫骨	無
手厥陰心包經	無	中衝
手少陽三焦經	顛息、角孫	絲竹空、天牖、陽池
足少陽膽經	承靈、肩井、上關	頭臨泣、淵液、地五會、膝陽關
足厥陰肝經	無	無
督脈	腦戶、顛會、神庭、神道、靈臺	啞門、風府、素膠、脊中、腦戶
任脈	神闕、會陰、石門、鳩尾	鳩尾

貳、處方配穴

針灸之處方配穴以中醫基礎理論辨證為靈魂，臨床以君、臣、佐、使為處方原則並遵循理、法、方、穴、技之思路。

- 一、 本經配穴法：即循經取穴，所謂：經之所過，病之所治。例如肝火上炎產生的頭痛頭暈、目赤腫痛可瀉本經行間、太衝。
- 二、 前後配穴法：前指胸腹部位屬陰，後指背腰部位屬陽。常見者為俞募配穴，多用於治療臟腑病，【難經六十七難】：「陰病行陽…俞在陽；陽病行陰，故令募穴在陰」。因此臟病使用本法，則以俞穴為主穴，募穴為配穴；如腑病使用本法，則以募穴為主穴，俞穴為配穴。如胃脘痛前取募穴中脘為主，後取胃俞相配；【靈樞官針】：「偶刺法」，亦屬本法之運用，如胃脘痛腹部之痛點為梁門，背部則取對應之胃倉相配。
- 三、 上下配穴法：由腰部以上俞穴與腰部以下俞穴相配，【靈樞終始】：「病在上者，下取之；病在下者，高取之」。臨

床上八脈交會穴之運用則屬此法，如心胸疾患者可上取內關，下取公孫。胃脘痛常上取中脘、內關，下取足三里。

- 四、左右配穴法：指由左側穴位與右側穴位配伍的方法。【內經】中的巨刺、繆刺就是左右配穴法之的運用，即左病右取，右病左取，如左側面癱取右側合谷，有時常取兩側同名穴，如中風偏癱時既取患側亦取健側同名穴。
- 五、遠近配穴法：乃指離病位之遠或近的穴位配伍，其遠近之穴位多因經絡相關或相聯系，相互配合相得益彰，如治療牙痛，取近的下關、頰車，遠部可取合谷、內庭相配。
- 六、表裡配穴法：陰經的病可同時在其相表裡之陽經取穴，此法能調整陰陽經之經氣，而達治病之目的，如【靈樞五邪】：「邪在腎，則病骨痛陰痹…取之湧泉昆侖」。主客原絡配穴亦屬此法之延伸。
- 七、內外配穴法：乃取四肢內外相對應之穴位相配。若陽經病則以外側為主穴，內側為配穴，陰經為病則反之，臨床上：陰陵泉與陽陵泉、內關與外關、血海與梁丘、間使與支溝皆屬此法。
- 八、主症病機配穴法：本法就是根據疾病的主要症狀和病機相結合配伍選穴。例如頭昏選百會為主穴，若因氣虛而致則選配氣海以補氣，若因肝火上衝所致則選配太衝以瀉肝，若因痰阻所致則選配豐隆以化痰，若因陰虛所致則選配太溪以滋陰。
- 九、主證兼症配穴法：本法指確定主證主穴之後，若有兼症則須對兼症選配位治療。如外感風寒針對病機主證當選列缺、風池、風門、合谷為主穴以祛風散寒，宣肺解表，若兼發熱則選配大椎、曲池以解表退熱，頭痛配印堂以祛風止痛，鼻塞配迎香以通利鼻竅，腹瀉配天樞以溫中止瀉，嘔吐配內關以降逆止嘔，咳嗽配太淵以宣肺止咳等等。
- 十、主證特殊穴配穴法：本法指確定主證主穴之後，再根據穴位的特殊屬性和特別功用，選其配合治療。本法有使用特定穴與經驗穴兩方面，特定穴如五俞穴、八會穴、募俞穴、原絡穴等，經驗穴如腸癰選闌尾穴，瘡疾選間使穴，急性腰痛選人中穴，退熱選大椎、曲池、合谷穴，著名的「四總穴歌」即是本法臨床運用之實例。

參、針灸護理

- 一、衛教：針灸前先向病人說明針灸流程、注意事項及心理準備。
 - (一) 每次應診前，請先將身體清洗乾淨，以便診斷治療。
 - (二) 病患宜穿寬鬆衣服，女性穿兩截式套裝較為方便，請不要穿襪。

- (三) 針灸時，身體放鬆，請勿搖動翻身，以免疼痛。
- (四) 凡太飢、太渴、飯後困倦時不宜針灸，針灸時請保持心平氣和。
- (五) 針灸後，如有皮下出血或瘀青紅腫等現象，勿需緊張，幾天後自會消失。
- (六) 針後如有過度疲勞、酸脹等現象，乃屬自然反應，勿需過慮。
- (七) 慢性疾病需長期治療，每週最少二至三次較為適當。
- (八) 醫護人員的態度、必須親切、誠懇，給予病人衛前教育，減少情緒緊張，而提高療效。
- (九) 舒適的治療床、輕鬆柔和的音樂，可減輕病患緊張。

二、病人準備：治療環境認識，依針刺部位取最適當的姿勢

- (一) 病患情況：接受針灸治療之資訊，親朋介紹，醫療人員介紹對針灸是否害怕等。環境介紹，並衛教床頭鈴之使用方式。
- (二) 醫病溝通：術前先與病患溝通針灸時應注意事項及有任何不適馬上告知醫護人員或按緊急鈕通知醫護人員。
- (三) 依針刺部位取適當體位、姿勢，安排合適診療床或坐椅。
 - 頭部之後面施針：取正坐、俯坐或俯臥式
 - 頭部之側面施針：取正坐、側俯坐或仰臥、側臥式
 - 顏面部施針：取正坐、仰臥或側臥式
 - 頸部、胸部、腹部之前面：取仰臥或正坐式
 - 側胸部、側腹部：取側臥式
 - 後頸部、肩胛部及背部：取正坐、俯坐或伏臥式。
 - 臀部：取伏臥式或跪伏式
 - 會陰部：取仰臥式
 - 上肢部：掌側—取屈肘仰掌式
背側—取屈肘俯掌式
拇指側—取屈肘側掌式
 - 下肢部：前面—取正坐屈膝式
後面—取伏臥式
側面—取側臥或正坐屈膝式

三、材料準備：針具、灸材、拔罐器械及消毒棉球

- (一) 器材準備：包括各種尺寸的無菌針、三稜針、灸條、灸筒、電針機及消毒棉球。
- (二) 檢查：刺針之前，必先診斷病情，決定針何穴，並視腧穴部位之肌肉肥瘦，選用粗細適宜的針並檢查：針身有無斑鏽針身是否彎曲針柄是否鬆散針尖有無捲毛現象若有發現，即當摒棄不用。

四、消毒

- (一) 醫者先將自己之手洗淨，用棉花沾75%之酒精擦拭，必要時戴上手套。

- (二) 用棉花沾75%之酒精由內往外將病人施針之局部消毒。
- (三) 用拋棄式毫針，需注意針的無菌保存期限。
- (四) 遵循無菌技術執行。
- (五) 必要時須戴口罩。

肆、臨床針灸治療

一、進針

(一) 下針基本手法：

1. 揣法：揣而尋之。凡點穴以手揣摸其處，在陽部筋骨之側，陷者為真；在陰部腠之間，動脈相應。其肉厚薄，或伸或屈，或平或直，依法取之。
2. 切法：切與爪法不同，凡欲下針之時，用兩手大指甲於穴傍上下左右四圍搯而動之，如刀切割之，令氣血宣散，不傷營衛。
3. 爪法：爪而下之。爪者搯也，用左手大指甲著力搯穴，右手持針插穴，方始有準，乃不痛之法也。
4. 進法：下針之後，宜分三才進針，先由天部進至人部，少停，再由人部進至地部。凡施補瀉，補者隨呼進針，瀉者隨吸進針。

(二) 進針方式

1. 管針進針：針管無菌針時，左手持針管用力壓在穴位上，皮膚凹陷後，右手食指或拇指用力拍打，然後提起針管放在彎盆內，右手持針，左手押在皮膚的適當位置上，就可以開始使用手法。
2. 徒手進針：A--醫者用右手拇指、食指、中指，挾持針柄，以左手拇指爪甲切入穴中，用力強壓使感麻痺，針尖沿爪甲刺進穴位，緩緩捻轉，逐漸將針刺入。
B--手持針柄，應用拇指食指中指，三指力貫針尖，應用手腕力道，採頓針手法使針快速進入皮下經過脂肪層，減少針刺的疼痛，然後開始行針手法，手法及動作一定要純熟輕巧、細膩。

(三) 下針之多少

1. 初起之病，可不必多針；久年之病要多針方能痊癒。
2. 局部之病，針一二針即可痊癒，全身性大病，則需多針。
3. 病人體壯者，可多針，虛弱者即應多針，亦要減少。
4. 壯年可多針，小兒不可多針。
5. 男人可較多針，女人普通不宜下針太多。

(四) 下針之次序

1. 先針上部經穴，後針下部經穴；先針前部經穴，後針背部經穴。先針手部經穴，後針足部經穴。
2. 先針主要經穴，後針次要經穴。
3. 先針不甚痛之經穴，後針劇痛之經穴。
4. 先針離病灶遠之經穴，後針距病灶近之經穴。
5. 先針無病經穴，後針有病經穴。

(五) 下針之深淺

1. 靈樞官能篇云：疾淺針深，內傷營血；疾深針淺，病氣不瀉。
2. 經穴學各穴條下，應針幾寸幾分，均訂有一定規矩，乃系歷代先賢之經驗，臨症自應遵守。
3. 仍須視時令、體質、病情、穴位之不同而靈活運用。
 - (1) 時令：春夏宜淺刺，秋冬宜深刺。
 - (2) 體質：肥胖肉厚皮黑者宜深刺。
 - (3) 年齡：壯實宜深刺，嬰兒宜淺刺。
 - (4) 病情：痛者深刺之，癢者淺刺之；脈實者深刺，脈虛者淺刺之；脈急者多寒，刺急者深而久留之；脈緩者多熱，刺緩者淺內而疾發針；久病者邪氣入深，刺而久留之。
 - (5) 穴位：四肢及肌肉豐厚部位之腧穴，可深刺；頭、頸、胸、背等肌肉淺薄處之腧穴宜淺刺。

二、行針

(一) 行針基本手法

1. 捻法：捻針之法，以大、食、中三指持針，大指用力捻針，捻針向內者謂之捻進，捻針向外者謂之捻退。古人分治下大指向內捻，令氣行至病所，治上大指向外捻，令邪氣至針下而出也。惟應注意，捻退之際，不可使針退至皮外，以針復入則感痛疼；退針之法亦然。
2. 搓法：搓而轉之。將針或左或右，如搓線之狀，勿轉太緊，令人肥肉纏針，則有大痛之患。古人以轉針左右分別補瀉，大法左補右瀉，轉時以大指次指相合，大指往上進為之左轉，大指往下退為之右轉。
3. 提法：以手緊持針柄，慢慢伸提豆許，不得轉動，再出，每次提之如前，可使氣往，故為瀉法。
4. 按法：以手緊持針柄，輕按豆許，如診脈之狀，不得挪移，再入，每次按之如前，能助其氣之來，故為補法。
5. 彈法：補瀉之時，如氣不行，將針柄輕輕彈之，以大指次指相疊，病在上用大指彈之而上，病在下用次指彈

之而下，使氣速行，故用以催氣。

- 6.. 刮法：刮針之法，用大指甲從針尾刮至針腰，或從針腰刮至針尾，病在上則刮向上，病在下則刮向下，能止痛散風，若攣急者，宜頻頻刮之，可以疏和經絡。此法在不得氣時，用之可激發經氣，促使得氣。
- 7.. 循法：是以左手或右手于所刺腧穴四周或沿經脈的循行部位，進行徐和的循按的方法。此法在未得氣時用之可以通氣活血，有行氣、催氣之功。若針下過於沈緊時，可宣散氣血，使針下徐和。
- 8.. 攝法：下針之後，氣或滯澀，用大、食、中三指甲，於所屬之經絡上下，來往攝之，使氣流通，故於行氣時用之。
- 9.. 努法：以大指、次指捻在針柄，不得轉動，卻用中指將針腰輕輕按之，約四五息之久，如撥弩機之狀，按之在前，使氣在後，按之在後，使氣在前，可運氣走至病所，乃調氣之法，古人「龍虎升騰」手法，即是努法。
- 10.. 盤法：盤法，祇用於腹部軟肉部位，其法如循環之狀。左盤9次，按之為補，右盤6次，提之為瀉，一補一瀉，故令氣和。
- 11.. 動法：動法，振動也。凡下針後，如氣不行，將針柄左右振動，如搖鈴之狀，可以增強針力，每次須搖五息，並配合呼吸提按以分補瀉。
- 12.. 留法：凡運針之際，病者感覺痠脹難忍，或針下肌肉緊張，捻轉不動，退針不出時，用留針之法，將針留置原位，撒手停針，或將針柄扳倒，使針尖朝向病所，或上或下，或左或右，用手執住，約數分鐘或10數分鐘之久，以待針下鬆弛，可獲鎮靜止痛之效，亦稱臥針。

（二）臨床行針手法：

- 1.. 行針時，針身捻針不要超過45度，左右捻轉配合提插，速度要適當精準、巧妙，並注意患者的反應。
- 2.. 行針時，詢問病患的感覺，有無痠、麻、脹、痛等等，及一切不適的反應。
- 3.. 行針時，注意病人的皮膚粗細及彈性，要如何減輕疼痛，達到滿意的治療效果。
- 4.. 行針時，當病人在適當位置時（坐姿、臥姿、側姿等），盡量放輕鬆而且姿勢不能改變，以防針變形。

5. 行針時，如遇頓針困難，甚至於針身彎曲，則需要退針重新再來，這種情形應考慮進針時的拍打手法，不夠用力，對皮膚層的硬度不夠了解，針管的用力程度也要加強，這樣才能達到一定的標準。

(三) 行針注意事項：

1. 下針之後，進至一定之深度，須停針以候氣，必待氣至，方可施行補瀉手法。
2. 針下感覺沉重、滯澀、緊實者，為氣已至；針下感覺輕浮、虛滑、遲緩者為氣未至。
3. 氣未至者，配合捻轉、提、按、循、彈等法催之，若仍未至，再候再催。

三、出針

(一) 出針基本手法：

1. 搖法：凡欲退針出穴之時，先用搖法，以兩指拏住針柄，如扶人頭搖動之狀，向上下左右各搖動數下，庶使穴孔開大，則針易退出。
2. 退法：退針之法，亦分三才，先由地部退至人部，稍停再由人部退至天部，再停少時，方可拔出全部，凡施補瀉，補者隨吸退針，瀉者隨呼退針。
3. 拔法：出針之時，先在皮下（天部）留置片刻，待針下氣緩，不沈緊，便覺經滑，即用指捻針，拔出體外，大成謂如拔虎尾之狀，蓋不可妄用強力也。
4. 捫法：捫而閉之。凡行補法於出針後，即用手指掩閉其穴，勿令氣泄，若行瀉法則不用捫法也。

四、特殊針法與針灸輔助儀器

(一) 拔火罐

1. 所需時間：一般以5-10分鐘為主。
2. 穴位：肩中俞、膏肓（背部不可針上罐，避免氣胸）、腎俞、大腸俞為主。
3. 手法：(1)部位標定、(2)拔罐準備、(3)急滅火棒
4. 拔火罐須檢視病人體表所呈現顏色，為判別的標準：
(1)紅暈(2)紫紅(3)暗紅 三個等級，視不同疾病程度所呈現顏色起罐。

(二) 電針機

1. 開啟電源前，須確定每一個開關是否已歸零。
2. 一般補法使用頻率為3-5Hz，一般瀉法使用頻率應大於30Hz，電流強度須詢問患者對電流的感受，並觀看肌肉跳動，以患者的感受為準。
3. 關機，依相反順序，先關電源開關，再關頻率開關。
4. 注意事項：

- (1) 紅色、黑色接頭不可交叉跨在脊髓兩側、頭部及心臟，電針夾針在針柄根處，不要夾到患者皮膚。
- (2) 眼球周圍、委中等血管豐富處，不可通電。
- (3) 確保歸零動作。

(三) 紅外線

1. 距離穴道部位30-45公分，略見紅光；避免造成燙傷，應每隔5分鐘看巡1次。
2. 不得照射眼睛。

(四) 針上灸

1. 在針刺得氣後，將毫針留在適當的深度，在針柄上穿置一段長約1-2公分的艾柱施灸。
2. 注意防止艾絨脫落燒傷皮膚或燒壞衣物床單等。
3. 灸時囑患者不要移動體位。
4. 如覺太熱，可隨時調整針刺的深度。

(五) 耳針

埋針：

1. 消毒局部皮膚。
2. 左手固定耳廓，繃緊埋針處的皮膚，右手用鑷子夾住消毒的皮內針柄，輕輕刺入所選的穴位。
3. 用膠布固定。
4. 每天自行按壓3-4次，留針3天。
5. 埋針處不宜淋濕浸泡，夏季埋針時間不宜過長，以免感染。

(六) 頭皮針

1. 坐位或臥位，依不同疾病選定刺激區後，局部常規消毒。
2. 用1.5-2寸毫針，與頭皮呈15-30度角快速將針刺入頭皮下，當針達腱膜下層時，指下感到阻力減少，然後針與頭皮平行繼續捻轉進針，可刺入0.5-1.5寸。
3. 運針時只捻轉不提插，留針5-10分鐘。
4. 電針刺激，一般補法使用頻率為3-5Hz，一般瀉法使用頻率應大於30Hz，刺激強度依患者反應而定。
5. 療程：每日或隔日針1次，10次為一個療程，休息5-7天後再作下一療程。

(七) 藥灸：

1. 由艾絨混合不同藥材粉末而成，用於間接灸。可分為含藥艾絨之間接灸法或製成艾條隔7-10層紗布實按灸。
2. 藥艾法如雷火神針灸或太乙神針灸每隔布實按於審定之穴位5~8秒，火滅再燒再灸，可預備二支，輪換施用，但應慎防灼傷皮膚。
3. 亦有將藥材置於紗布或紅布中，以不含藥材之艾條進行實按灸。亦應慎防灼傷皮膚。

(八) 其他

伍、特殊狀況處理

一、暈針

- (一) 現象：患者在針刺過程中，突然出面色蒼白、頭暈目眩、心慌氣短、二便失禁、脈微細欲絕。
- (二) 原因：病人體質虛弱、緊張；或當勞累、大汗出、飢餓、大瀉、大出血後針刺；或因體位不適以及醫生針刺時手法過重。
- (三) 處理：停止針刺，或將已刺之針起出，使患者平臥，頭位稍低，鬆開衣帶，注意保暖。輕者靜臥片刻，給飲溫開水或熱茶即可恢復。重者可針刺人中、內關、湧泉、足三里等穴，並可溫灸百會、氣海、關元等穴。

二、休克

原有心臟病之患者，針刺後可能誘發心臟病引起胸痛、頭暈、心悸、冒冷汗、無力感、甚至呼吸困難休克。輕度者宜安靜臥床休息，注意保暖，時時觀察有無惡化。必要時送急診。平時準備氧氣筒，以及熟練 CPR 急救訓練。

三、滯針

- (一) 原因：主要是因為操作者在進行時捻針角度過大引起肌肉緊張，強烈收縮所致，或因只向同一方向捻針，以致肌纖維纏繞針體，會有捻轉、提插甚至無法退針的情形。
- (二) 處理：按摩穴位四週或在滯針附近再刺一二針，使肌肉解除痙攣，然後起針。若滯針是由同一方向捻轉過度所致，則應向相反方向捻轉，再行起針。
- (三) 預防：針刺手法要輕巧，捻轉幅度不要過大，更不宜向同一方向捻轉數圈。

四、彎針

- (一) 原因：針刺後由於人體移動、壓迫而使針彎曲，或因手法不熟練、用力過猛、外力碰撞，應從針柄順移動方位緩緩出針，以減少疼痛。
- (二) 處理：應先分析彎針原因，因體位變動所致者，應恢復原來體位，放鬆肌肉將針順著彎勢退出，切忌用力抽拔或捻轉，以免折針。
- (三) 預防：手法要熟練，不要突然加強刺激，給病人自覺最舒適的體位，針後不要移動體位。

五、斷針

- (一) 原因：
 - (1) 針具質差，針身已有損壞剝蝕
 - (2) 行針時強力提插、捻轉，肌肉猛烈收縮。
 - (3) 留針時患者體位移動。
 - (4) 電針時驟然加大強度。
- (二) 處理：(1) 囑患者保持原有體位，斷端尚露在皮膚之外，

可用鑷子夾住斷端將針取出。

(2) 斷端與皮膚相平或稍凹陷於體內者，可用左手拇、食指垂直向下擠壓，使斷端暴露體外，再用鑷子取出。

(3) 若斷端陷入肌肉層時，視其所在部位，X光導引下，施行外科手術取出。

六、血腫

(一) 原因：出針後，針孔處有紅色小點，這是臨床常見現象，不需處理。如果出針後，皮膚呈青紫色或腫起，即為刺傷血管所致。

(二) 處理：在局部可用消毒乾棉球稍加按壓，如出現血腫較大時，延長加壓面積時間。遺留的紫斑，一般在數天內能自行消退，或以熱敷效果更好。

七、出血

針及血管不僅造成疼痛，亦引起出血或皮下腫塊。宜出針後用消毒棉球緊壓針孔1-3分鐘止血。尚有疼痛，稍加溫敷可緩解。進針時應避開表層可見之血管。進針後留意指下針感勿觸及異物。手法輕快流利。

八、癍痕及硬塊

反覆連續針刺同一針孔，將行成癍痕及硬塊。應讓針孔有修復之時日，可循經上下取他穴進針。

九、麻痺灼熱刺痛

起因刺及神經，造成觸電樣抽搐，麻痺放射灼熱刺痛。此時應禁止反覆提插，以免神經損傷或日後肌肉萎縮。此種刺痛、灼熱感可能持續數週或數月。宜避免在患處針刺，可冰敷或外敷三黃散消炎。

十、氣、血胸

(一) 症狀：針刺胸背部穴過深時，病人會有胸悶、咳嗽、呼吸急促、胸痛、嚴重時、呼吸困難、面色蒼白、血壓下降、暈厥等。X光檢查，肺葉不張，肺上葉有暗影。須住院作插管引流，臥床休息。

(二) 原因：針刺時，沒有按照操作規程進針，特別在某些部位，如胸、背、肩膊等處刺入過深，或針刺手法不恰當，以致針穿刺胸壁和肺腑，空氣進入胸腔而形成。

(三) 處理：

1. 臥床休息，可讓患者取半臥姿。
2. 詳細觀察病情變化。
3. 防止感染。
4. 發生氣胸現象即應報告醫師，應儘速處理。

十一、肝、脾、腎等臟器損傷

(一) 症狀：

1. 肝區或脾區針刺過深，或肝脾腫大時，易刺傷肝脾引起出血。造成肝脾區疼痛，有時向背部放散，如出血不止，腹膜受到刺激時可伴有腹痛、腹膜緊張、腹部壓痛及反彈痛。
2. 刺傷腎臟出血，可出現腰痛，腎區壓痛及叩擊痛、並有血尿出現。

(二) 處理：

1. 出血量少、症狀較輕時，經臥床休息，一般可自癒。
2. 明顯出血現象，應注意血壓變化，同時使用止血葯或局部冷敷止血。
3. 若有明顯腹膜刺激徵，血壓下降，休克時，應立即採取急救措施。

(三) 預防：

1. 熟悉穴位的解剖，掌握各個穴位下有何重要臟器，針刺深度與組織結構的關係。
2. 針刺前應詳細檢查患者有無內臟器官腫大、尿瀦留、腸黏等病理改變。
3. 根據患者的體形胖瘦、年齡大小及臟器的病理改變等按應刺深度操作。

十二、腦脊髓損傷

(一) 針刺風府、啞門、風池、安眠、醫明、頸夾脊穴等，由於針刺過深、角度不當均可能引起。

(二) 症狀：

1. 第一腰椎以上棘突間針刺過深，刺中脊髓，出現觸電感向肢端放射，過重引起短暫的肢體癱瘓。
2. 延髓損傷時，輕者出現倦怠、嗜睡，重者出現劇烈頭痛、噁心嘔吐、腦膜刺激徵、神志昏迷等症狀。

(三) 處理：

1. 輕者安靜休息後常可逐漸恢復，但應密切觀察，病情是否逐漸加重。
2. 重者需及時送設備較好的醫院救治。

陸、廢棄物處理

一、廢棄針處理：

將用過污染的針集中放置，投入標有感染性事業廢棄物黃色標誌之不易穿透容器內。常溫儲存以一日為限，5°C以下冷藏儲存七日內，交由委託之合格處理廠商清運並代為處理。

二、沾血棉球及有分泌物傷口敷料

沾過病人體液的棉花、衛生紙、手套等，丟置於感染性事業廢棄物標誌之紅色專用塑膠袋中，常溫儲存以一日為限，5°C以下冷藏儲存七日內，交由委託之合格處理廠商清運並代為處理。